

LISTA POPARCIA KANDYDATA

.....
(IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA)

na członka Gminnej Rady Seniorów w Kościelisku kadencji 2024-2027
(co najmniej 10 osób w wieku powyżej 60 lat posiadających czynne lub bierne prawo wyborcze na terenie gminy Kościelisko)

Lp.	Imię i nazwisko	Adres zamieszkania (miejscowość, ulica, nr domu)	Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)	Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych* Własnoręczny podpis
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				WÓJT 

Roman Krupa

* W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z wyborem przedstawicieli mieszkańców Gminy Kościelisko do Gminnej Rady Seniorów w Kościelisku.